



Dr. Carola Seekamp
Dr. Sara Nasiri

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

Anmeldebogen Kinder/Jugendliche

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Eltern,

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den Anmeldebogen auszufüllen.

Bitte holen Sie bei Ihrem behandelnden Arzt eventuell vorhandene, relativ neue Röntgenaufnahmen ab und bringen Sie diese mit, damit wir bei Bedarf nicht neue Röntgenaufnahmen anfertigen müssen. Sollte eine besondere Dringlichkeit vorliegen, erbitten wir eine kurze Information Ihres Zahnarztes.

Das Praxisteam freut sich auf Ihr Kommen.

Patienten-Familiennamen

Vorname

Patienten-Geburtsdatum

Straße | Hausnummer | PLZ | Wohnort

Telefonnummern (bitte immer mit Vorwahl):

privat

dienstlich

mobil (für kurzfrist. Erreichbarkeit)

eMail-Adresse

Schule des Kindes

Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter (Name)

Geburtsdatum

Beruf des Mitglieds

Arbeitgeber des Mitglieds

Versicherung

versichert bei: Vater Mutter

freiwillig versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

KFO-Zusatzversicherung

Empfohlen von

Name des behandelnden Zahnarztes

Bitte wenden



Dr. Carola Seekamp
Dr. Sara Nasiri

Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

Gesundheitsbogen

Was ist Ihr Anliegen? _____

Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden vom Zahnarzt angeraten? ja nein

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann? _____ wo? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt? ja nein Wenn ja, im Kopfbereich? ja nein

Geburtsverlauf des Kindes: normal Komplikation: _____

wehenfördernde Mittel PDA Kaiserschnitt

Säuglingsernährung des Kindes: Brust bis _____ Monat; Flasche bis _____ Jahr

Hat Ihr Kind gelutscht bzw. einen Beruhigungssauger benutzt? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Schnarcht Ihr Kind? ja nein Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Leidet Ihr Kind an:

- Herz- oder Kreislaufstörungen? ja nein

- Blutkrankheiten bzw. hat es Schwierigkeiten mit langem Bluten ja nein

- Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder andere Allergien? ja nein

Wenn ja, welche Allergien? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Liegen Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselstörungen vor? ja nein

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? _____

Wurden die Rachen- oder Gaumenmandeln bereits entfernt? ja nein

War Ihr Kind während der letzten Jahre im Krankenhaus/in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, der Grund der Behandlung: _____

Hat Ihr Kind/ein Angehöriger Gelbsucht/andere schwere Infektionskrankheiten? ja nein

Name des behandelnden Haus- oder Kinderarztes: _____

Spielt Ihr Kind ein Instrument? ja nein Wenn ja, welches? _____

Übt Ihr Kind eine Sportart aus? ja nein

Wenn ja, welche und wie viele Stunden in der Woche? _____

War Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja nein

Für weitere Informationen empfehlen wir unserer Homepage www.kfo-charlottenburg.de

Berlin, den

Unterschrift: